

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CHOLÉPÉRITOINE SPONTANÉ

(EN DEHORS DES KYSTES HYDATIQUES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 février 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LABROSSE

Né le 11 juin 1887, à Saint-Nizier-sous-Charmay (Saône-et-Loire)



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ

LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CHOLÉPÉRITOINE SPONTANÉ

(En dehors des Kystes hydatiques)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHOLÉPÉRITOINE SPONTANÉ

(EN DEHORS DES KYSTES HYDATIQUES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 février 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LABROSSE

Né le 11 juin 1887, à Saint-Nizier-sous-Charmay (Saône-et-Loire)



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ
LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.	}	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	}	POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	}	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire.		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	}	X...
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
	}	PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARJET.	CADE.
GAYET.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
PATEL.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président; M. ROLLET, Assesseur;
MM. VILLARD et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de ma profonde et respectueuse affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE

LA FACULTÉ DE LYON

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur de Clinique chirurgicale.

Aux Membres de mon Jury :

MM. les Professeurs JABOULAY, ROLLET,
VILLARD et THÉVENOT.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer tout dernièrement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Jaboulay, un cas de cholépéritoine siégeant, non pas dans toute l'étendue de la cavité péritonéale, mais très exactement localisé entre le foie et le diaphragme, dans la loge inter-hépatodiaphragmatique.

Cet épanchement à caractères tout à fait spéciaux, et ne donnant lieu chez la malade qu'à un minimum de réactions, fut rapidement évacué par une intervention chirurgicale précoce.

Jusqu'à maintenant quelques auteurs ont déjà traité des épanchements biliaires intra-péritonéaux, mais ils les ont considérés soit comme conséquence de rupture des voies biliaires extra-hépatiques, à la suite d'un traumatisme, soit comme résultant de l'ouverture dans le péritoine d'un kyste hydatique préformé. Au contraire, dans le cas que nous avons observé, et dans la deuxième observation que nous rapportons, nous avons été frappé de ce fait que les accidents offraient un caractère réel de spontanéité et nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Après un exposé de l'histoire de la question, nous passerons en revue successivement l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diag-

nostic, le pronostic et le traitement du cholépéritoiné spontané (en dehors des kystes hydatiques).

Qu'il nous soit permis avant de commencer ce travail de remercier ici tous nos anciens maîtres des hôpitaux. Nos remerciements s'adresseront plus spécialement à M. le professeur Jaboulay, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous remercions M. le professeur Rollet de l'enseignement qu'il nous a donné au cours de nos études et nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu, ainsi que MM. les professeurs agrégés Villard et Thévenot, accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Nos remerciements vont aussi au Dr André-Chalier, qui nous a indiqué ce sujet et qui durant toutes nos études par toutes les marques de bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours prodiguées a été pour nous un auxiliaire précieux autant qu'un maître éclairé.

Nous remercions également le Dr Cotte, qui nous a très obligeamment donné quelques conseils.

A tous nos maîtres des Facultés et des Hôpitaux, et aux amis qui nous ont accompagné au cours de nos années d'études, nous adressons l'expression de notre bien vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

PRÉLIMINAIRES — HISTORIQUE

Nous nous proposons d'étudier spécialement dans ce travail l'épanchement de la bile dans l'espace compris entre la face convexe du foie et le diaphragme.

Jusqu'à présent, de nombreux auteurs ont traité la question des épanchements biliaires, mais ils les ont envisagés dans la cavité péritonéale tout entière, certains ne se sont occupés que du traitement.

Au début, parurent de simples études sur les traumatismes des voies biliaires. Salmuth, Bonnet et Faber au xvii^e siècle, rapportaient trois observations. Au xviii^e siècle, Stuart, Alberti, Gibson, Ferrand et Skarte publient des recherches analogues. Ludwig Mayer, en 1872, réunit tous les matériaux épars et nous donna le travail le plus important qui ait été fait jusqu'alors sur la question. Edler, en 1887, publie une statistique très complète. Puis viennent les mémoires de Thiersch (VIII^e Congrès de Berlin, 1879), Uhde, cité par Routier (Société de chirurgie, 1892), Prolls, thèse Wurzburg, 1880.

En 1892, Courvoisier publie, à la suite d'autopsies, 119 observations d'individus morts de péritonite généralisée, consécutive à la rupture des voies biliaires. Il vante, à propos du traitement, les bons effets de la ponc-

tion, mais ne parle nullement d'un traitement chirurgical.

Le 8 décembre 1892, Routier, à la Société de chirurgie de Paris, envisage la question dans son ensemble et au point de vue du traitement, il conseille d'attendre, pour intervenir, que les symptômes aigus du début se soient apaisés.

Deux nouvelles observations furent publiées en 1892 par Kirmisson, et en 1893, par Michaux, qui traita avec succès son malade par la laparotomie secondaire. Desrosiers en 1894, choisit comme sujet de sa thèse inaugurale, les ruptures des voies biliaires par contusion de l'abdomen.

De nombreux faits intéressants furent mis en lumière à l'étranger. Bridon, 1895, Czerny, 1890, Arbuthnot-Lane, 1891, Erms, 1892, Rattle, 1893, Russel-Aldridde, 1898, relatent des faits du même genre traités par simple laparotomie avec évacuation du foyer de bile épanchée.

En 1899, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, Bricka traite dans sa thèse de la perforation spontanée de la vésicule au cours de la lithiase et de la fièvre typhoïde.

En 1904, Neck fait paraître une étude sur les cas opérés de perforation de la vésicule ouverte dans le péritoine libre : 11 cas, dont 9 terminés par guérison.

La même année, Hallet, de Liège, rassemble les observations précédentes et réunit 15 cas de perforation des voies biliaires calculeuses dans le péritoine libre, traitées par laparotomie avec 11 guérisons.

En 1905, dans une étude sur la valeur séméiologique

des épanchements bilieux intra-péritonéaux, Dévé a montré que le cholépéritoine s'observe dans deux circonstances étiologiques principales : traumatisme de la région hépatique et rupture d'un kyste hydatique. (*Normandie médicale*, 1^{er} avril 1905.) Il a inspiré à ce sujet la thèse de Beaudet, qui a pour titre : le cholépéritoine hydatique (Paris, 1906).

En 1906, Bordes ne fait que mentionner les cas de rupture dans le péritoine libre et son étude se rapporte plutôt à la perforation de la vésicule dans le péritoine cloisonné ou dans les viscères voisins.

Hœrlig traite des cholécystites grangréneuses et édifie des statistiques beaucoup moins rassurantes que celles de ses prédécesseurs. Celles de Körte et Nœtzel ne donnent pas des résultats plus favorables.

Le 14 février 1910, Neupart fait une communication à la réunion libre des chirurgiens de Berlin sur un cas de perforation du cystique avec péritonite consécutive.

Cotte, Arnaud et Marconnet (thèse de Lyon, 1911) étudient les perforations biliaires dans le péritoine libre au cours de la lithiase.

Enfin, quelques auteurs allemands ont signalé tout récemment des péritonites biliaires sans perforation des voies biliaires (Clairmont et Haberer-Schievelbein), un peu analogues à l'une de nos observations.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Le cholépéritoïne intéresse les sujets de tout âge, mais il se produit de préférence entre 30 et 50 ans. Dans la plupart des observations relevées sur les épanchements de bile dans la cavité péritonéale à la suite de rupture des voies biliaires, il paraît bien que c'est chez l'homme de 30 à 40 ans que ces traumatismes ont le plus de chances de se produire.

Des deux malades qui font le sujet de notre étude, l'un est un homme de 62 ans, l'autre une femme de 58 ans. Nous croyons donc que ces accidents se produisent surtout chez des individus de l'âge mûr.

Trouve-t-on plus fréquemment un tel épanchement chez la femme que chez l'homme ? Il est réellement très difficile de se prononcer à ce sujet. Il faut, pour cela, envisager les deux causes qui ont paru jusqu'à maintenant amener l'issue de la bile hors des voies biliaires et du foie. Ces deux causes sont : le traumatisme et la lithiase.

Le *traumatisme* peut porter soit sur le foie dans sa totalité, soit sur les voies biliaires seules. Il peut être une contusion directe de la paroi abdominale, avec ou sans plaie de cette paroi ; c'est même là, disent la plupart

des auteurs, la cause la plus fréquente de rupture des voies biliaires. Il peut y avoir chute sur le ventre ou des coups violents dans l'hypocondre droit, ou écrasement, ou pression exagérée par une roue de voiture ou par un tampon de chemin de fer. La contusion peut même être plus obscure : un simple coup de poing sur le côté gauche a pu déterminer une rupture de la vésicule. La réplétion de la vésicule est aussi une condition favorable à la rupture de cette poche à la suite d'un traumatisme.

Règle générale, le cholépéritoine suit de près l'accident. Dans un cas, cependant, de notre maître, le professeur Jaboulay, le malade ne vint se faire opérer que deux ans après avoir reçu un choc sur l'hypocondre droit, de telle sorte qu'on pensa à une péritonite bacillaire, d'autant que le ventre était énorme et qu'il n'y avait pas d'ictère. La laparotomie évacua cependant 8 à 10 litres de bile, qui provenait d'une petite perforation vésiculaire.

Voici d'ailleurs cette observation, telle qu'elle a été publiée par G. Cotte dans la *Revue de Gynécologie* (juin 1908, p. 443).

Observation clinique de M. le Professeur Jaboulay.

Jeune homme, 17 ans. Tombe d'une échelle sur un mur. Choc sur l'hypocondre droit. Douleurs, mais pas de shock; pas de vomissements. Huit ou dix jours après, le ventre commence à augmenter de volume. Amaigrissement; pas d'ictère. Le malade vient à l'hôpital deux ans après son accident; le ventre est énorme. Diagnostic : péritonite bacillaire.

Laparotomie : à l'opération, il s'écoule 8 à 10 litres de bile. Tout le péritoine est épaissi et recouvert de fausses

membranes couenneuses, assez épaisses. Petite perforation sur la vésicule. La suture est impossible à cause de la fragilité de la paroi. Drainage. Mort deux mois après, d'infection.

Les épanchements de bile à la suite de la *lithiasé biliaire* ont été particulièrement étudiés par Marconnet, mais lui-même, dans ses conclusions, reconnaît que « la perforation spontanée des voies biliaires dans le péritoine libre, au cours de la lithiasé, est une complication relativement rare; car, le plus souvent, il y a production d'adhérences qui limitent l'infection. La perforation siège le plus souvent sur la vésicule, exceptionnellement sur les voies biliaires. Bricka en a publié dans sa thèse, en 1899 (obs. 39, p. 117), une belle observation de M. le professeur Jaboulay.

Il s'agit d'un homme de 60 ans qui entra à l'Hôtel-Dieu avec les signes d'une péritonite généralisée, sans ictère, et avec un état général très grave.

M. Jaboulay pratiqua une laparotomie latérale droite, dans la fosse iliaque. Le péritoine avait pris une teinte verdâtre, le liquide qui s'en écoulait était mélangé de bile. L'appendice était sain. Ne pouvant prolonger plus longtemps l'intervention, on se contenta de drainer.

Mort deux jours après. A l'autopsie : péritonite biliaire typique; perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, taillée comme à l'emporte-pièce, au niveau du fond de la vésicule.

Les péritonites généralisées consécutives à la perforation d'une vésicule calculieuse ont été déjà bien étudiées

par nombre d'auteurs, mais il ne semble pas que ce soit une complication fréquente de la cholécystite calculeuse. Nœtzel, dans son étude sur le traitement chirurgical de la péritonite, n'en trouve que 6 cas sur 241 péritonites. Körte n'en signale que 4 cas sur 9 de péritonites généralisées, au cours de la cholélithiase. Bordes, dans sa thèse, cite 3 cas de péritonite par perforation, dus à M. le professeur Jaboulay, et un autre de M. Villard. Il semble qu'alors, si l'on admet l'origine lithiasique, les femmes seraient plus exposées que les hommes à cette complication, parce qu'elles ont plus souvent des calculs dans leur vésicule biliaire.

N'y aurait-il pas association de ces deux facteurs ? et le traumatisme ne serait-il pas le dernier coup porté à une vésicule déjà complètement épuisée par la lithiase ? Une vésicule malade, altérée par des calculs, paraît beaucoup plus sujette à rupture qu'une vésicule saine et un traumatisme léger peut avoir sur une telle vésicule des effets qu'il ne produirait pas sur une poche biliaire tout à fait normale. Le cas de Hocchenegg, présenté tout récemment à la Société Impéριο-Royale de médecins de Vienne, semble être une preuve en faveur de cette théorie, car, à la suite d'un mouvement brusque, une femme fut prise d'une péritonite aiguë. Et après laparotomie, on trouva dans l'abdomen un épanchement de 6 à 7 litres d'un liquide coloré par la bile. La vésicule était déchirée et la plaie laissait passer un volumineux calcul.

Dans toutes ces conditions étiologiques, on a trouvé une rupture soit de la vésicule, soit des voies biliaires extra-hépatiques.

Il existe encore une autre cause d'épanchement de la bile dans le péritoine : c'est la *rupture d'un kyste hydatique du foie*. En juillet 1902, Dévé traita cette question dans la *Revue de chirurgie*, sous le titre de « Cholépéritoine hydatique ». En mars 1905, il exposa devant la Société de médecine de Rouen la « valeur séméiologique des épanchements bilieux péritonéaux ». Puis, au mois de mai de la même année, il consacra quelques développements à ce sujet, dans son ouvrage sur les kystes hydatiques du foie. Enfin, en juillet 1906, Beaudet, s'inspirant des idées de Dévé, écrit dans sa thèse, en manière de conclusions : « Le cholépéritoine hydatique n'est pas exceptionnel à la suite de la rupture traumatique ou spontanée des kystes du foie dans le péritoine. Nous avons pu en rassembler 47 observations; cet accident reste sans doute latent dans un certain nombre de cas. » (Beaudet. Le cholépéritoine hydatique, thèse de Paris, 18 juillet 1906.)

Telle était, jusqu'à présent, la conception classique sur l'origine des épanchements bilieux intra-péritonéaux qui se divisaient ainsi étiologiquement en deux groupes : premièrement, les cholépéritoinies traumatiques par rupture des voies biliaires; deuxièmement, les cholépéritoinies par rupture d'un kyste hydatique du foie.

Les deux observations que nous rapportons ici ne rentrent ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux catégories de cholépéritoine. Dans aucune il n'y eut de traumatisme des voies biliaires. Dans aucune il ne s'agissait d'un kyste hydatique du foie.

Dans le premier cas on trouva, à l'autopsie, une perforation de la vésicule produite par une cholécystite cal-

culeuse. Voici d'ailleurs cette observation, qui est un exemple de cholépéritoine spontané par rupture pathologique des voies biliaires.

OBSERVATION I

(Dûe à l'obligeance de M. le professeur JABOULAY et de M. RIVIÈRE, publiée dans le *Lyon Médical*, 1903, tome II, page 823).

*Cholécystite calculeuse. — Rupture de la vésicule biliaire.
Cholépéritoine.*

Ce malade, âgé de 66 ans, n'avait jamais présenté de troubles hépatiques. Jamais d'ictère. Aucune maladie antérieure sauf deux ou trois coliques passagères dans le courant de l'année, n'ayant pas obligé le malade à s'aliter. Pas de traumatisme. Le dimanche 8 novembre, il est pris de douleurs brusques, très vives, dans l'abdomen, deux à trois vomissements dans la journée. Ballonnement du ventre qui augmente progressivement. Les douleurs ne sont pas localisées à la région hépatique, mais au point de Mac-Burney. Les vomissements et le ballonnement du ventre augmentent les jours suivants et son médecin l'envoie avec le diagnostic d'appendicite.

A son entrée, on note : ballonnement énorme de l'abdomen. Sonorité remontant du côté droit jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du sein. Pas de matité dans les flancs. Dyspnée assez forte. Langue saburrale. Douleur toujours plus vive au niveau du flanc droit.

Température : 39°5. Extrémités froides.

Opération, le 11 novembre 1903 (M. Jaboulay). — Laparotomie à trois travers de doigt du bord externe du grand droit. Issue de liquide nettement biliaire. On trouve une poche péritonéale circonstrite. On recherche la vésicule et on extirpe, par son orifice de rupture, un volumineux calcul. Fixation de la vésicule à la paroi. Drainage de la ca-

vité péritonéale. Dans la vésicule, on a trouvé un gros calcul du volume d'une grosse noix.

Les jours suivants, la température baisse, mais le malade continue à vomir et meurt trois jours après, le 14 novembre.

Autopsie. — Volumineuse poche au niveau du lobe hépatique droit, limitée en dedans par le ligament suspenseur du foie et au-dessous par l'épiploon adhérent; cette poche remonte jusqu'à la face postérieure du foie. Le contenu est un liquide biliaire dans lequel on trouve une quinzaine de petits calculs. La vésicule présente un gros calcul presque aussi volumineux que le premier et d'autres du volume d'une lentille; la paroi présente en un point une ulcération de la largeur d'une pièce de 2 francs, contre laquelle, extérieurement, on trouve l'épiploon adhérent. La poche est séparée complètement du reste de la grande cavité péritonéale, dans laquelle on trouve des lésions de péritonite diffuse. Le canal cystique est perméable au stylet. Congestion énorme des deux poumons.

Quant à la deuxième observation, elle est de pathogénie plus complexe, comme on pourra s'en rendre compte par la lecture de l'histoire clinique et opératoire de la malade qui en est l'objet.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur JABOULAY et à l'amabilité du docteur André CHALIER, publiée dans le *Lyon Médical*, février 1912).

Cholépéritoine volumineux enkysté dans la loge inter-hépatodiaphragmatique droite. — Evacuation. — Drainage. — Guérison (communication à la Société des Sciences médicales, séance du 6 décembre 1911).

Une femme de 58 ans est amenée à l'Hôtel-Dieu dans le service de notre maître le professeur Jaboulay, pour une affection aiguë douloureuse de l'abdomen.

Antécédents à peu près négatifs : elle a un enfant de 5 ans et dit avoir toujours joui d'une bonne santé; on ne retrouve dans son passé ni fièvre typhoïde, ni lithiase biliaire, ni traumatisme abdominal ancien ou récent; depuis quelque temps cependant, elle ne se sentait pas bien, mais elle ne peut préciser la nature et le siège de ces malaises.

Précédée de ces vagues prodromes, la maladie actuelle débuta brusquement le 16 octobre 1911 par une douleur vive dans l'hypocondre droit, sans vomissement, sans ictère, sans arrêt des matières ni des gaz; il y eut seulement un peu de dysurie et un léger degré de ballonnement du ventre. Un médecin appelé fit le diagnostic d'appendicite et institua un traitement médical : diète, repos au lit, immobilisation, glace sur le ventre, etc. Malgré cela, les douleurs gardèrent la même acuité pendant les trois ou quatre premiers jours, puis elles se calmèrent un peu, mais sans disparaître complètement. Et c'est trois semaines après ce début brusque que, n'étant pas soulagée, la malade est envoyée à l'Hôtel-Dieu pour y subir une opération.

Voici quel était alors son état : facies pâle, blafard, mais non ictérique. Température rectale, 39°5. Abdomen absolument souple, dans les deux fosses iliaques; rien au point de Mac Burnay. Touchers rectal et vaginal négatifs. Rien dans l'hypocondre gauche. Rate non perçue. Seul l'hypocondre et une partie du flanc droits sont occupés par une tuméfaction qui soulève un peu la paroi en forme de large dôme, convexe en avant au-dessous du rebord costal. Cette saillie de l'hypocondre contrastant avec le méplat de la fosse iliaque correspondant donne à la moitié droite de l'abdomen un aspect assez nettement bilobé.

Cette tuméfaction, de contours assez régulièrement arrondis, est rénitente, peu douloureuse à la pression; elle est mate à la percussion et sa zone de matité se continue avec celle du foie; elle suit très exactement les mouvements du diaphragme qui ne paraissent pas gênés.

A la palpation bimanuelle, cette tuméfaction donne la

sensation du ballottement habituel aux tumeurs rénales; mais on n'obtient que très en dehors le contact lombaire, et le ballottement disparaît de plus en plus à mesure que la main postérieure se rapproche de la colonne. La plèvre droite présente un petit épanchement de trois à quatre travers de doigt. L'examen des autres organes est négatif.

Ni sucre, ni albumine.

La réunion de tous ces symptômes nous fait penser à une collection sous-hépatique vraisemblablement suppurée, vésiculaire ou péri-vésiculaire. Une ponction exploratrice faite en arrière et en dehors, au-dessous des fausses côtes, retire un liquide qui a tous les caractères de la bile, ce qui confirme le diagnostic.

Intervention. — Le 13 novembre 1911, le professeur Jaboulay pratique l'opération suivante :

Incision médiane sous-ombilicale, sur laquelle est branchée une longue incision oblique parallèle au rebord costal et intéressant non seulement le grand droit, mais aussi les muscles larges, jusqu'au voisinage de la paroi postérieure de l'abdomen. Dès le péritoine incisé, il s'écoule une grande quantité de liquide jaunâtre un peu trouble, à caractère nettement biliaire; on en recueille de 2 à 3 litres : il renferme quelques gros exsudats fibrineux teints en jaune, mais il ne contient ni calcul, ni boue biliaire et ne présente aucune formation qui ait pu appartenir à un kyste hydatique. Cette collection occupe une vaste cavité située en avant et au-dessus du foie; en haut, elle remonte jusqu'à la coupole diaphragmatique, dont les fibres musculaires et tendineuses ont conservé leur coloration normale. Toutefois, la partie la plus externe du muscle est comme flottante, formant pendant les inspirations les plus fortes un repli très large, convexe vers l'abdomen. Cet aspect godronné du diaphragme s'explique vraisemblablement par l'existence reconnue avant d'un petit épanchement pleural droit. En arrière, la cavité s'étend au-dessus du lobe droit du foie, jusqu'au ligament coronaire. En dedans, elle est limitée par

le ligament suspenseur du foie et la face antéro-externe du foie est recouverte dans toute sa partie visible par une séreuse épaissie, tomenteuse, blanchâtre, tapissée d'exsudats fibreux. En dehors, est la paroi thoraco-abdominale. En bas, la poche descend jusqu'au niveau de la ligne ombilico-transversale; elle est vraisemblablement limitée par les adhérences de la vésicule ou de l'intestin à la paroi antérieure de l'abdomen. L'exploration aussi attentive que possible de ce qui formait le lit de la collection ne révèle aucune perte de substance qui traduise une rupture du foie ou des voies biliaires.

Après évacuation complète de cette cavité, sans aspiration, on place deux drains en canon de fusil, qui remontent jusqu'au diaphragme et sortent à la partie inféro-externe de l'incision oblique. En dehors de l'orifice de sortie des drains, les deux incisions opératoires sont soigneusement suturées sur leur étendue.

Les suites opératoires furent simples. Il y eut seulement une recrudescence de l'épanchement pleural, qui nécessita une ponction et qui guérit en quinze jours. Pendant les premiers jours, il s'écoula par les drains une assez grande quantité de sérosité teintée de bile, mais cet écoulement se tarit au bout de huit à dix jours; les drains furent retirés.

Maintenant, trois semaines après l'opération, la malade est complètement cicatrisée. Elle se lève, marche et conserve seulement, dans la région sous-hépatique, un plastron induré assez uniforme, mais de contours irréguliers, qui correspond vraisemblablement à la vésicule biliaire et aux adhérences qui l'entourent.

Que s'est-il passé chez cette malade ? Comme on vient de le voir, on n'a trouvé chez elle aucune lésion du foie ni des voies biliaires. D'où provenait la bile épanchée dans l'espace inter-hépto-diaphragmatique droit ? L'interrogatoire de la malade, l'absence de certains signes

spéciaux (urticaire, démangeaison, éosinophilie), les données opératoires, nous autorisent à éliminer toute idée de cholépéritoine hydatique. De même, on ne saurait admettre une rupture traumatique du foie ou des voies biliaires, puisque la malade fournit des renseignements absolument négatifs sur ce point. Il ne peut donc s'agir, comme dans notre première observation, que d'un cholépéritoine spontané, non hydatique, provenant sans doute d'une rupture des voies biliaires extra-hépatiques, et vraisemblablement de la vésicule. La rupture n'a pas été constatée à l'opération, soit parce qu'elle devait être extrêmement petite, soit plutôt parce qu'elle devait être oblitérée et recouverte par les fausses membranes qui cachaient complètement le foie et cette vésicule elle-même. On sait d'ailleurs cliniquement, et surtout expérimentalement (Schwarz, etc.), que les plaies des voies biliaires se cicatrisent rapidement. D'autre part, si la perte de substance par où la bile a fait irruption dans la cavité péritonéale n'avait pas été déjà comblée lors de l'opération, il y aurait eu, dans les jours qui ont suivi cette dernière, un écoulement bilieux plus ou moins marqué par la plaie, ce qui n'eut pas lieu. Mais quelle a été, alors, la cause de cette rupture ? Selon l'explication qu'en ont fournie MM. Chalié et Fayol à la Société des sciences médicales de Lyon, il s'est vraisemblablement produit, à la faveur de certaines causes qui nous échappent, et peut-être au niveau d'une cholécystite plus ou moins ancienne, et complètement latente (puisque la malade n'avait jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère), une perforation vésiculaire par laquelle s'est écoulée dans un péritoine, libre ou en voie de cloisonnement, une bile *relativement*

aseptique. Ce cholépéritoine, de virulence nulle ou atténuée, a provoqué rapidement la formation d'adhérences serrées dans la région de la vésicule, adhérences grâce auxquelles le liquide a dû se cantonner dans la zone inter-hépto-diaphragmatique droite.

L'immobilisation précoce de la malade prescrite par le médecin dès le diagnostic établi de ce qu'il croyait être une appendicite n'a sans doute pas été sans effet sur l'évolution ultérieure du processus, et c'est vraisemblablement à la faveur de cette immobilisation que la perforation s'est comblée.

La bile, reprenant son cours normal après la réparation du dommage, l'ictère ne s'est pas produit. D'ailleurs, l'ictère par résorption de la bile épanchée dans le péritoine ne s'observe guère que dans la moitié des cas, et il est toujours assez tardif (1). Cet ictère, chez notre malade, fut entravé dans son apparition par ce fait que les parois de la cavité s'opposaient à une résorption massive des pigments biliaires, et que l'intervention fut pratiquée à une période où les symptômes aigus de la maladie venaient à peine de se manifester.

Une autre explication est cependant possible, si l'on en croit certaines observations allemandes toutes récentes.

C'est ainsi que Clairmont et Haberer ont observé chez un malade atteint de lithiase du cholédoque un cas d'ascite biliaire aiguë, sans qu'il y ait eu perforation, gangrène, ni même ulcération des voies biliaires. Ces au-

(1) Nous avons vu, dans un cas cité plus haut de M. JABOULAY, qu'un cholépéritoine volumineux, datant vraisemblablement de 2 ans, n'avait pas déterminé le moindre ictère.

teurs admettent que, dans ce cas, il s'agissait d'une transsudation de la bile en rétention à travers les parois intactes des canaux excréteurs. Expérimentalement, d'ailleurs, la ligature du cholédoque chez le chien leur aurait donné des accidents analogues.

De même, Schievelbein a publié le cas d'un homme de 32 ans qui, après avoir souffert à plusieurs reprises de douleurs gastriques et d'anorexie, fut pris brusquement, le 8 janvier 1910, d'une vive douleur dans le côté droit du ventre, avec vomissements; il existait une douleur violente à droite, entre l'ombilic et la région iliaque. Température : 37°9; pouls : 98. Ventre tendu et douloureux. Le diagnostic fut : appendicite. A l'intervention, faite le 14 janvier 1910, Ritter vit s'écouler un liquide ascitique, coloré par de la bile; le cæcum et l'appendice étaient sains; la vésicule était distendue; sa surface lisse, sans adhérences; les parois en étaient épaissies. Au niveau du cystique, on sentait quelques petits calculs. La vésicule fut enlevée. Elle ne présentait ni perforation, ni ulcération. L'examen bactériologique fut négatif.

S'est-il agi, chez notre deuxième malade, de transsudation de bile à travers la vésicule ou les conduits extra-hépatiques, comme dans les deux cas précités ? La chose est possible, cependant l'absence antérieure de toute douleur abdominale, lithiasique ou autre, et l'existence à l'opération, sur le foie et les voies biliaires, rendues complètement invisibles, d'une épaisse couche de fausses membranes, vraisemblablement imperméables, nous rendent sceptique au sujet de cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, il résulte de nos deux observations, qu'aux deux variétés de cholépéritoine enkysté admises

par Dévé et par les classiques (1), il faut ajouter le *cholépéritoiné spontané par rupture des voies biliaires*, cette rupture pouvant à son tour se produire sur une vésicule pleine de calculs chez un ancien lithiasique (observation I), ou sur une vésicule saine ou peu altérée chez une malade indemne de tout passé hépatique (obs. II).

(1) DUPRÉ et RIBIÈRE (*in* Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de GILBERT et THOINOT).

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les phénomènes anatomo-pathologiques que nous allons décrire nous ont été révélés en grande partie, d'une part, à l'autopsie pratiquée sur le sujet qui fait le fond de notre première observation, puis par les données de l'intervention chirurgicale dans le cas que nous avons eu à examiner dernièrement dans le service de notre maître, M. le professeur Jaboulay.

A l'autopsie du premier, on a constaté les lésions suivantes : on trouve, au niveau du lobe hépatique droit, une poche volumineuse dont les dimensions sont celles d'une cavité comprise entre le ligament suspenseur du foie en dedans, la paroi thoraco-abdominale en dehors; en bas, l'épiploon qui tapisse la face convexe du foie; en arrière et en haut, la collection s'étend jusqu'à la face postérieure du foie.

Le contenu de cette poche est un liquide biliaire dans lequel on trouve une quinzaine de petits calculs. La vésicule est rompue, et par l'orifice de rupture, on a extrait, pendant l'intervention, un volumineux calcul. Une deuxième concrétion de même nature et de même grosseur est située à l'intérieur de la vésicule; en outre, il existe

dans le réservoir biliaire de petits fragments calculeux de la grosseur d'une lentille.

La paroi de la vésicule est ulcérée en un point. Cette solution de continuité a la largeur d'une pièce de deux francs. En dehors de la vésicule, l'épiploon est tout à fait adhérent.

La poche est séparée complètement du reste de la grande cavité péritonéale dans laquelle on trouve des lésions de péritonite diffuse.

Les autres organes sont à peu près indemnes; toutefois on note une congestion énorme des deux poumons.

Voici maintenant les données de l'intervention pratiquée en novembre 1911 par M. le professeur Jaboulay chez la malade de notre observation II; on tombe, après incision des divers plans, sur une collection liquide qui occupe une vaste cavité située en avant et au-dessous du foie; en haut, elle remonte jusqu'à la coupole diaphragmatique.

Le muscle phrénique n'a, pour ainsi dire, pas subi d'altération du fait de cet épanchement pathologique. Les fibres musculaires et tendineuses ont conservé leur coloration normale. Toutefois, la partie la plus externe du muscle est comme flottante, formant pendant les inspirations les plus fortes un repli très large, convexe vers l'abdomen. Le diaphragme revêt donc un aspect godronné, qui s'explique vraisemblablement par l'existence reconnue avant d'un petit épanchement pleural droit.

En arrière, la cavité s'étend au-dessus du lobe droit du foie jusqu'au ligament coronaire. En dedans, elle est limitée par le ligament suspenseur et la face antéro-ex-

terne du foie recouvert dans toute sa partie visible par une séreuse épaissie, tomenteuse, blanchâtre, tapissée d'exsudats fibrineux. En dehors est la paroi thoraco-abdominale. En bas, la poche descend jusqu'à la ligne ombilico-transversale : elle est vraisemblablement limitée par les adhérences de la vésicule ou de l'intestin à la paroi antérieure de l'abdomen. L'exploration aussi attentive que possible de ce qui formait le lit de la collection ne révèle aucune perte de substance qui traduise une rupture du foie ou des voies biliaires.

Le liquide qui s'écoule de cette cavité est recueilli et on l'évalue à 2 ou 3 litres. Il renferme quelques gros exsudats fibrineux teints en jaune, mais il ne contient ni calcul, ni boue biliaire, et ne présente aucune formation qui ait pu appartenir à un kyste hydatique. Il présente tous les caractères de la bile, mais d'une bile un peu trouble, additionnée de sécrétions péritonéales sans pus macroscopiquement décelable.

De l'ensemble de ces deux observations, nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

L'épanchement a son siège à droite et au-dessus du foie. C'est un épanchement inter-hépto-diaphragmatique. Ses contours sont nettement circonscrits par les parois ou les replis péritonéaux qui existent normalement à ce niveau, c'est-à-dire par le ligament suspenseur en dedans, le ligament coronaire en arrière; en bas et en avant, au niveau du bord antérieur de la glande hépatique, des adhérences se forment entre la vésicule et l'intestin d'une part, la paroi abdominale d'autre part, qui limitent de ce côté les parties les plus déclives de la collection.

Les *parois* de la poche, formées au début par les tissus normaux, sont peu à peu modifiées par la présence du liquide contenu dans la cavité. Il se produit des exsudats péritonéaux qui se déposent à la surface des organes qui limitent la cavité. Il y a création d'une sorte de néo-membrane, qui revêt l'aspect d'une fausse séreuse, laquelle peut arriver à masquer complètement l'orifice de communication de la cavité kystique avec les voies biliaires, orifice par lequel a dû s'écouler la bile.

Routier et d'autres auteurs avant lui ont insisté sur la difficulté qu'il y avait à retrouver à la surface interne de la collection l'orifice de communication de la cavité avec les voies biliaires. Et, même quand l'autopsie a été pratiquée, cet orifice se trouvait nettement dissimulé par les néomembranes.

Remarquons, en passant, que les expériences pratiquées sur les animaux ont permis de constater la réparation rapide des plaies faites sur les voies biliaires.

De Lesser, cité par Thiersch, rapporte que, sur des chiens, où on avait cherché à réaliser une fistule biliaire permanente, intra-péritonéale, quel qu'ait été le procédé employé, les plaies étaient bientôt obstruées et l'exsudation biliaire cessait.

Enfin, Rudolfo Schwartz, en 1889, dans une série d'expériences analogues, arriva au même résultat.

Le contenu de la collection est représenté par la bile pure ou par un mélange de bile et de liquide sécrété par le péritoine.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Il est très difficile d'établir une symptomatologie bien nette et tout à fait exacte du cholépéritoine enkysté, car les signes qui révèlent au clinicien l'existence d'un tel épanchement sont variables à l'extrême. Nous essaierons pourtant de déduire, des deux cas que nous avons étudiés, quelques renseignements sur lesquels nous pourrions nous baser pour établir un diagnostic, sinon de certitude, du moins de probabilité.

L'affection survient presque spontanément. Toutefois, à l'examen, on relève toujours quelques signes prodromiques, qui semblent indiquer que, quelque temps avant l'apparition, en apparence spontanée, des phénomènes morbides, le malade ne jouissait pas d'une bonne santé parfaite. Ce sont, par exemple, des coliques passagères, deux ou trois dans une année, au cours desquelles le malade a souffert réellement, mais qui n'ont pas persisté. Puis on note des troubles vagues : le malade ne se sent pas bien, il éprouve une sensation de pesanteur et de gêne dans toute la région diaphragmatique. Il met ses douleurs sur le compte d'une gastrite ou d'une dyspepsie. Brusquement, sans aucun traumatisme, sans qu'aucune cause violente soit intervenue, l'aspect clinique se

modifie d'une façon complète et l'affection se révèle alors avec tous ses caractères.

C'est d'abord une *douleur* très brusque et très aiguë, réveillée par le moindre mouvement, exaspérée par les secousses respiratoires. Cette douleur a son siège dans l'hypocondre droit; elle est quelquefois localisée au voisinage du point de Mac Burney et simule tout à fait le point douloureux appendiculaire. Elle ne semble que très peu influencée par les procédés du traitement médical de l'appendicite : diète, repos au lit, etc.; elle demeure toujours aussi vive et le malade reste dans son lit immobile, couché sur le dos, évitant le moindre contact de nature à provoquer quelque exacerbation de sa souffrance. Ces douleurs aiguës durent environ trois ou quatre jours, puis elles diminuent légèrement, mais ne disparaissent jamais d'une façon complète.

Rapidement s'installent des phénomènes de réaction péritonéale. Les vomissements peuvent survenir, mais ils ne se montrent pas dans tous les cas; ils sont souvent précédés de nausées et ont des caractères d'abord alimentaires, puis bilieux.

Le *ventre est ballonné* : dans un cas, ce ballonnement était énorme, et la sonorité à la percussion remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du sein.

L'ictère n'est pas un signe constant; sa date d'apparition et ses caractères sont des plus variables. Il surviendrait surtout dans les cas de rupture de voies biliaires : Cotte l'a relevé 37 fois sur 62 cas, soit dans 60 p. 100 des cas de rupture des conduits biliaires; Courvoisier le signale 10 fois dans 24 cas.

Chez les deux malades dont nous publions les observa-

tions, il n'a pas été possible de déceler, à un moment donné de l'évolution de l'affection, la moindre trace d'ictère. Celui-ci n'eut pas lieu très probablement, parce que, dans un cas comme dans l'autre, l'intervention chirurgicale fut très précoce.

Nous n'avons pas eu non plus d'altération des fèces, et les selles ont conservé leur consistance et leur coloration normales.

L'état général ne tarde pas à s'altérer dès le début de l'affection, les malades présentent tous les caractères d'infectés et sont ordinairement considérés comme étant atteints d'appendicite aiguë ou de péritonite généralisée. Au bout de quelques jours, ordinairement, les symptômes s'amendent légèrement, mais le malade conserve un état morbide particulier, caractérisé par une grande lassitude, de l'amaigrissement plus ou moins prononcé; les extrémités sont froides; le facies est émacié, pâle, blafard même, presque terreux. Le pouls n'est pas sensiblement modifié, mais la température suit une marche toute spéciale. MM. Achard et Castaigne (*in* Manuel des Maladies du foie et des voies biliaires de Debove), admettent une forme avec température rectale ne dépassant pas 38° et une forme plus sévère avec 39° ou 40° de fièvre.

Pour Terrier et Auvray, la température oscille entre 37°6 et 38° dans la plupart des cas, et toute élévation de cette température peut indiquer que l'élément septique de la bile intervient pour transformer des accidents de péritonite subaiguë en accidents de péritonite suraiguë. Dans les deux cas que nous avons étudiés, la température rectale a oscillé constamment autour de 39°5.

Nous n'avons noté, du côté de l'appareil digestif, aucun signe important : la langue est saburrale, mais les selles sont normales, sans constipation ni diarrhée.

Nous avons eu un peu de dysurie, mais jamais les urines n'ont présenté une teinte franchement ictérique.

C'est surtout par des signes objectifs, et seulement après un examen très attentif des malades, que l'on arrive à porter un diagnostic à peu près certain de l'affection.

Il existe en effet, et on le voit à l'inspection du malade, une tuméfaction plus ou moins volumineuse, qui a son siège dans l'hypocondre et une partie du flanc droit. A ce niveau, la paroi thoraco-abdominale est soulevée et cette grosseur détermine un aspect tout particulier de la moitié droite de l'abdomen, le ventre paraît assez nettement bilobé.

A la palpation, cette tuméfaction est rénitente, et le malade n'éprouve que très peu de douleur quand on presse sur la poche.

A la percussion, on obtient une matité très nette, qui se continue avec celle du foie.

Le diagnostic, dans les deux cas que nous examinons, fut rendu particulièrement difficile et extrêmement délicat par l'absence de tout passé hépatique des malades : ceux-ci n'ont eu que quelques douleurs localisées dans la région du foie et nous n'avons relevé chez eux aucun traumatisme appréciable. Comme trouble, ils avaient présenté simplement : l'un, deux ou trois coliques passagères dans le courant de l'année, n'ayant pas nécessité le séjour au lit, l'autre un état de malaise indéfinissable et d'ailleurs peu marqué.

C'est après des troubles aussi vagues que survient un beau jour la douleur brusque, le coup de poignard qui révèle l'affection jusqu'alors latente.

En même temps, apparaissent des signes de réaction péritonéale. On conçoit qu'un tel mode de début ne permette guère un diagnostic précoce, car il est commun à plusieurs affections abdominales.

De toutes les affections qui sont le plus souvent confondues avec l'épanchement de bile dans le péritoine, il n'en est pas de plus commune que l'appendicite. Dans les observations rapportées par Marconnet, 50 p. 100 des malades furent traités au début pour appendicite. Les deux qui font le sujet de notre thèse furent envoyés à l'hôpital avec le même diagnostic.

M. Adenot dit que « parmi les difficultés qui entourent le diagnostic de l'appendicite, il faut toujours penser à la possibilité d'une cholécystite et se rappeler que le point de Mac Burney, qui est comme le signe d'avant-garde pour le diagnostic, n'est pas uniquement réservé à l'appendicite » (commentaires à la suite de l'observation rapportée par M. Jaboulay et Rivière, *Lyon médical*, 1903). Très fréquemment, on a ainsi pratiqué une laparotomie latérale droite, et ce n'est qu'à l'intervention qu'on a constaté que l'appendice était sain, d'où nécessité de prolonger l'incision en haut et d'explorer les voies biliaires. Or, dans l'appendicite, la douleur qui siège électivement au point de Mac Burney est toujours plus bas située que dans les cas de cholépéritoine; elle a les mêmes caractères comme acuité, comme intensité, comme durée, mais dans cette dernière affection, elle s'irradie nettement vers l'épaule et le bras droit, alors que les

douleurs appendiculaires suivent une direction tout opposée vers l'ombilic. En outre, la palpation de l'abdomen fait percevoir dans l'appendicite une résistance, une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, qui n'existe pas dans le cas de cholépéritoine, puisque, au contraire, nous avons signalé l'aspect très caractéristique de notre dernière malade : fosse iliaque absolument vide, faisant méplat, qui contraste d'une façon tout à fait nette avec la saillie plus haut située de l'hypocondre.

On peut confondre aussi l'épanchement biliaire dans le péritoine avec une péritonite par propagation. Mais nous avons trouvé à l'examen des malades, en dehors de la tuméfaction hépatique, un abdomen absolument souple dans toutes ses parties. Nous n'avons noté que quelques vomissements au début, surtout alimentaires et bilieux, pas ou très peu porracés. Le facies n'est pas celui d'un malade atteint d'inflammation aiguë du péritoine : il n'y a pas eu ni rétention des matières et des gaz, ni météorisme, ni contracture de la paroi.

A la palpation bimanuelle, nous avons nettement perçu un ballottement antéro-postérieur, tel qu'on l'observe d'ordinaire dans les tumeurs rénales, et nous avons songé pendant quelques instants à l'éventualité d'une telle affection. Nous étions d'autant mieux porté vers cette voie, que notre malade ne présentait ni ictère ni phénomènes de réaction péritonéale bien nette et que, d'autre part, il s'était produit un ralentissement et même une suspension passagère de la sécrétion urinaire. Mais la tuméfaction, complètement mate en avant, ne donnait pas de façon assez nette le contact lombaire dans l'échancrure lombo-costo-iliaque, et, d'autre part, elle suivait

trop sensiblement les mouvements du diaphragme. En outre, il y avait une petite pleurésie droite concomitante, vraisemblablement conditionnée par la lésion abdominale. Ainsi fut tranché le diagnostic entre une hydronéphrose et l'épanchement intra-péritonéal de bile.

Dans d'autres circonstances, on pourrait considérer la collection biliaire épanchée dans le péritoine comme un kyste hydatique. Mais, d'une part, on ne relève à l'examen des malades aucun des signes propres à l'échinococcose : point d'urticaire, aucune modification de la formule leucocytaire du sang dans le sens de l'éosinophilie. En outre, au cours de l'opération, s'il s'agissait d'un kyste hydatique, on trouverait des traces de cette affection parasitaire.

Quant à l'abcès biliaire sous-phrénique, il est bien difficile de le différencier cliniquement du cholépéritoine dont il est bien proche parent. Les seuls signes qui peuvent le faire soupçonner, en dehors des signes physiques habituels, consistent dans une altération plus marquée de l'état général et dans certains signes de suppuration, inconstants d'ailleurs, tels que œdème de la paroi, hyperleucocytose sanguine, etc.

Comme on le voit, le diagnostic clinique du cholépéritoine est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, par les seuls moyens d'investigation dont nous avons parlé : interrogatoire, inspection, palpation, percussion, etc. C'est pourquoi il est de toute nécessité de recourir à d'autres procédés, tels que la *radioscopie* et la *ponction exploratrice*.

Sans doute, la *radioscopie* est incapable de préciser la nature de l'épanchement, mais, par le seul fait qu'elle

en précise la topographie, elle peut avoir dans beaucoup de cas une importance de premier ordre, jointe aux autres données de l'exploration clinique.

Plus importante encore est la *ponction exploratrice* qui, faite avec de certaines précautions, permet d'affirmer la nature biliaire de la collection. Ses renseignements sont, en effet, différents selon qu'il s'agit de kyste hydatique, d'abcès sous-phrénique, d'hydronéphrose ou de cholépéritoine.

L'aspect seul du liquide retiré signe la nature même de l'épanchement, mais il faut bien convenir que dans certains cas, tout au moins, l'issue de bile par l'aiguille ne suffira pas pour indiquer si cette bile vient d'une vésicule anormalement distendue ou d'une collection intrapéritonéale biliaire.

C'est dire, en définitive, que le diagnostic du cholépéritoine spontané, tel que nous l'étudions ici, est à peu près impossible, et même, s'il est reconnu par la ponction ou par les autres modes d'examen, il reste malaisé pour le chirurgien à en préciser la nature (kyste hydatique, perforation calculeuse ou non des voies biliaires); nous avons vu que l'opération elle-même ne suffit pas toujours à renseigner sur ce point.

Nous croyons que seul le cholépéritoine traumatique par rupture des voies biliaires peut être reconnu par un chirurgien avisé et renseigné sur les anamnestiques.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION — PRONOSTIC

Les auteurs ont eu des opinions tout à fait différentes sur le pronostic des épanchements biliaires dans le péritoine. Il en est qui sont optimistes : Ehrardt certifie 11 guérisons sur 15 cas de péritonite biliaire.

Mais pour d'autres, le pronostic est beaucoup plus sévère : Körte est réellement pessimiste; Noetzel, au XII^e Congrès de chirurgie, a insisté lui, aussi, sur la gravité de ces péritonites.

Le pronostic dépend en effet exclusivement de l'état plus ou moins septique de la bile épanchée dans le péritoine. On ne saurait comparer les épanchements de bile normale presque aseptique, tels qu'ils résultent d'un traumatisme violent chez un individu jusqu'alors bien portant, avec ceux qui succèdent à la perforation dans la séreuse d'une vésicule malade et infectée. Et encore, dans ces derniers cas, faut-il tenir compte de l'état cloisonné ou libre du péritoine au moment de la perforation.

Comme l'écrivent Terrier et Auvray, « la bile pure détermine des accidents irritatifs qui évoluent lentement, progressivement, et amènent la mort par affaiblissement, par émaciation (Drysdale, Thiersch, etc.), due à la déper-

dition d'un liquide utile à l'organisme, peut-être aussi par l'action toxique, encore mal définie, invoquée par quelques auteurs, sans qu'on sache exactement quel en serait l'agent parmi les divers éléments de la bile.

Mais, que la bile soit septique, que des germes venus de l'intestin parviennent jusqu'à la collection ou soient apportés par le sang qui, presque toujours, est mélangé à la bile, et l'on verra éclater rapidement des accidents de péritonite septique aiguë, le plus souvent mortelle ».

Les animaux luttent facilement contre les épanchements de bile aseptique. De Lesser « rapporte que dans des expériences pratiquées sur des chiens, des quantités très grandes de bile épanchées dans la cavité abdominale, non seulement ne provoquent aucune irritation du péritoine, mais sont aussi très rapidement résorbées ».

Schwarz, Emmert, Amussat, Bostroem, Häring et Villaderbo ont aussi démontré par des expériences sur des animaux, que la bile normale est sans danger pour la cavité péritonéale.

Chez l'homme, on connaît aussi des cas de guérison spontanée sans la moindre intervention : Martel en a rapporté plusieurs à la Société de chirurgie de Paris, en 1882. Bien avant, Cauchon avait également publié une observation de cholépéritoine guéri grâce à la formation spontanée d'une fistule biliaire.

« Tout à coup, au niveau de la plaie entièrement cicatrisée, il y eut irruption d'un flot de bile collecté dans la cavité péritonéale. La fistule biliaire persista pendant 12 jours et se cicatrisa. » (*Union médicale*, Paris, 1872.)

Malgré tout, ces guérisons spontanées sont rares et, comme dans les cholépéritoinés spontanés on ignore tou-

jours le degré d'asepsie ou de septicité de la bile, plus encore que dans les épanchements par rupture traumatique, il y a lieu, dans tous les cas, d'intervenir et d'intervenir le plus précocement possible, car, en soi, l'opération ne fait courir aucun risque, et seule elle peut sauver le malade quand il s'agit d'un écoulement de bile infectée dans une cavité péritonéale non cloisonnée

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans les cas de cholépéritoine spontané qui nous occupent, le seul traitement rationnel consiste dans un traitement chirurgical.

Sans doute, les douleurs initiales par lesquelles se révèle l'issue de la bile dans le péritoine seront-elles justiciables des moyens habituels dont nous disposons pour calmer la douleur : repos au lit, injection de morphine, application d'une vessie de glace sur la région malade.

Mais une telle thérapeutique ne saurait suffire à tarir l'écoulement bilieux ou à prévenir l'infection péritonéale. Ce sont là, en effet, les deux indications primordiales du traitement : évacuer la bile épanchée, tarir la source et drainer le péritoine.

Mais plusieurs éventualités sont possibles.

1° Le chirurgien peut être appelé auprès d'un malade dont le cholépéritoine est tout récent. Il nous semble qu'en pareille occurrence, l'intervention s'impose d'emblée, surtout si la perforation ne date que de quelques heures. Le traitement consistera alors à faire une laparotomie médiane ou latérale droite, à évacuer le liquide épanché, à assécher aussi complètement que possible la

cavité péritonéale enkystée, à rechercher la perforation biliaire, à la suturer ou à tarir la source, en pratiquant soit une cholécystostomie, comme le fit M. le professeur Jaboulay dans notre observation I, soit une cholécystectomie, si l'état des voies biliaires ou l'état général du malade le permettent.

2° Dans une deuxième catégorie de cas, le chirurgien peut se trouver en présence d'une péritonite biliaire déjà constituée, dont nous n'avons pas à décrire ici le traitement, bien connu depuis les derniers travaux du Congrès de chirurgie, et les mémoires, plus haut cités, de Cotte, Arnaud et Marconnet.

3° Enfin, le cholépéritoïne date déjà de quelques jours, il est enkysté, faut-il alors faire la ponction ou la laparotomie ?

La ponction est un procédé d'intervention timide. Néanmoins, elle a rencontré de nombreux adeptes, surtout parmi les partisans d'une intervention tardive. Elle a permis parfois l'évacuation de quantités considérables de bile, dans le cas de péritonite généralisée à la suite de rupture de voies biliaires. Kirmisson enlève dans une seule ponction 8 litres de liquide, Uhde, dans une deuxième ponction retira 14 kilogrammes de bile.

Cette ponction doit être faite suivant toutes les règles d'asepsie et d'antisepsie, et on doit employer les appareils de Dieulafoy ou de Potain.

Mais ce procédé ne donne pas satisfaction entière. Il ne permet pas généralement d'évacuer en une seule fois le contenu de la poche, et la plupart du temps, il faut répéter cinq ou six fois l'opération pour obtenir un épuisement à peu près complet de l'épanchement. Cette éva-

évacuation est d'autant moins complète que la cavité qui contient le liquide épanché est cloisonnée, soit par des replis naturels, soit par des néo-formations résultant de la réaction péritonéale inflammatoire.

Terrier et Auvray ont réuni 21 cas où la ponction fut pratiquée. On ignore le résultat thérapeutique obtenu dans 4 cas. Restent donc 17 observations, qui ont donné 10 guérisons et 7 morts. Les guérisons ne furent généralement obtenues qu'après plusieurs ponctions, et au bout d'un temps assez long.

Il est possible que pour les cas analogues à celui de notre observation II, la ponction soit suffisante, puisqu'il n'y a plus de communication entre les voies biliaires et la poche inter-hépatodiaphragmatique, dont la source se trouve ainsi tarie.

Mais la cicatrisation de la plaie biliaire étant aléatoire et impossible à diagnostiquer, il est préférable, croyons-nous, pour éviter des complications toujours possibles, d'évacuer largement la collection et de se rendre compte de visu de sa nature et de sa source.

C'est donc à la laparotomie qu'il faut avoir recours dans tous les cas, car, selon l'expression de Routier, formulée dès 1892, quand on fit la laparotomie, la guérison fut la règle et elle fut rapide, quand on s'est contenté de ponctionner, toujours il a fallu revenir à la charge, et si plusieurs malades ont bien supporté ces interventions multiples, nous avons vu que quelques-uns ont succombé par suite de l'affaiblissement progressif. (Société de chirurgie de Paris, 1892.)

La laparotomie sera d'autant plus efficace qu'elle aura été plus précoce. Terrier et Auvray citent 12 cas de lapa-

rotomie secondaire, après ponction préalable, qui donnèrent 6 guérisons et 6 morts, soit une mortalité de 50 p. 100. Ces mêmes auteurs ne citent que 3 faits de laparotomie précoce, et sur les 3 interventions, on eut 2 guérisons et 1 seul décès. Les 2 guérisons furent très rapides. Le troisième malade succomba à une péritonite.

Dans les deux cas qu'il nous a été permis d'étudier, et que nous rapportons au cours de ce travail, l'intervention fut aussi précoce que possible. Or, dans un cas, la mort est survenue trois jours après l'opération, avec hyperthermie et vomissements, mais il s'agissait déjà d'une péritonite biliaire par cholécystite calculueuse perforée.

Dans le deuxième cas, au contraire, où l'on ne trouva aucune lésion biliaire, la guérison fut rapide après l'évacuation et le drainage.

CONCLUSIONS

Les cholépéritoinies se divisent, selon la conception classique, en deux catégories pathogéniques : *les cholépéritoinies traumatiques* par rupture du foie ou des voies biliaires, et *les cholépéritoinies spontanés* par rupture des kystes hydatiques du foie.

Il résulte des deux observations que nous rapportons ici et qui proviennent de la clinique de M. le professeur Jaboulay, qu'il existe une troisième catégorie de cholépéritoine — nous ne disons pas de péritonite biliaire — qui ne relève ni de la perforation d'un kyste hydatique, ni de la rupture traumatique du foie ou des voies biliaires. Ce sont *des cholépéritoinies spontanés* par rupture pathologique des voies biliaires. Dans un cas, en effet, elle siégeait sur une vésicule pleine de calculs, chez un ancien lithiasique. Dans le second cas, la perforation biliaire n'a pas été aperçue au cours de l'opération, mais nous croyons, — et nous avons essayé de le montrer dans ce travail, — qu'il y a eu aussi, sous l'influence de facteurs qui nous échappent, une perforation vésiculaire par laquelle s'est écoulée, dans l'espace inter-hépatodiaphragmatique droit, une abondante quantité de bile, relativement peu septique, puisqu'il n'y a pas eu d'abcès sous-phrénique vrai; il est probable que cette perforation s'est oblitérée spontanément, comme on l'a plusieurs fois observé chez l'homme.

Le diagnostic du cholépéritoine spontané, tel que nous l'étudions, est un des problèmes les plus difficiles de la

pathologie abdominale, d'autant que cette complication reste encore, à l'heure actuelle, une rareté. On fait aisément le diagnostic de collection liquide, mais on a peu de chance d'en révéler la nature, même en se basant sur la ponction et la radioscopie, surtout si, comme dans notre deuxième observation, les antécédents du malade sont absolument nuls, et n'attirent pas l'attention du côté des voies biliaires.

Le seul traitement des cholépéritoinies réside dans l'intervention chirurgicale, car les deux indications à remplir sont : 1° d'évacuer et de drainer la collection bilieuse dans laquelle on peut trouver des calculs (obs. I); 2° de rechercher la source de cet épanchement et de la tarir si la perforation ne s'est pas oblitérée spontanément, soit en suturent la perte de substance ou en enlevant la vésicule perforée, à supposer que l'état des voies biliaires et l'état général du malade autorisent cette conduite, soit en abouchant la vésicule à la paroi et en drainant cette vésicule, comme l'a fait M. le professeur Jaboulay, dans notre observation I. Mais si la perforation est oblitérée et passe inaperçue à l'opération, l'évacuation large et le drainage de la collection enkystée suffisent pour amener la guérison, comme le démontre notre observation II.

VU :

VU

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 janvier 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUDET. — Le cholépéritoine hydatique, thèse de Paris, 1906.
- CHALIER et FAYOL. — Cholépéritoine volumineux enkysté dans la loge interhépatodiaphragmatique droite. Communication à la Société des Sciences Médicales, séance du 6 décembre 1911 (*Lyon Médical*, février 1912).
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications, thèse de Lyon, 1908. — Traitement chirurgical des traumatismes des voies biliaires, *Revue de Gynécologie*, 1908.
- DEBOVE. — Manuel des maladies du foie et des voies biliaires, Paris, 1910.
- DESROSIER. — Rupture des voies biliaires par contusion de l'abdomen, thèse de Paris, 1894.
- DÉVÉ. — Valeur séméiologique des épanchements bilieux intra-péritonéaux, *Revue de chirurgie*, 1905.
- DUPRÉ et RIBIÈRE. — Maladies du péritoine, in nouveau traité de médecine et de thérapeutique, de Gilbert et Thoinot.
- FAURE et LABEY. — Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires. Nouveau traité de chirurgie de Ledentu et Delbet, Paris, 1910.
- JABOULAY et RIVIÈRE. — Cholécystite calculeuse. Rupture de la vésicule biliaire. Communication à la Société des Sciences Médicales, *Lyon Médical*, 1903, tome II et obs. XIV, in Cotte, *Revue de Gynécologie*, 1908, p. 443.
- MARCONNET. — Thèse de Lyon, 1911.
- SCHWARTZ. — Chirurgie du foie, Paris, 1901.
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.

